

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2026149

申请日期: 2026年2月24日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	柳	男	2024.12.09		河南省信阳市息县		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	急性淋巴细胞性白血病T型	广州市妇女儿童医疗中心	2025.12.19	30万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 50%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 %	<input type="checkbox"/> 商业保险 %	<input type="checkbox"/> 其他保险 %	<input type="checkbox"/> 无		
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲 柳	28	一般		2、家庭年收入(不含政府补贴) 30000 元		
	母亲 周	26	一般		3、固定资产: 1 套房子; 0 辆摩托车; 0 辆小车		
					4、家庭困难类型: <input type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input checked="" type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	小孩发病在一岁内属婴儿白血病且是急淋T型中高危型,治疗过程艰难,2025年12月到2026年2月不到三个月进PICU两次化疗两次急诊两次,花费巨大家里只有一人上班且不稳定实在难以承担这些巨大费用,目前已花费近10万元。 本人保证上述情况完全真实。 申请人签名: 柳 2026年2月24日						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 患儿月治疗: 1.化疗, 2.化疗相关并发症, 3.护理费用 4.综合下咽化疗化疗化疗白血, 化疗化疗化疗化疗, PICU化疗, 治疗费用有, 预计治疗费用30万。						
	医师签名: 刘新 2026年2月24日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥20000 元 (大写: 贰万 仟 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖波 2026年2月25日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖波 2026年2月24日 秘书处							



廣東公益恤孤助學促進會
Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名：柳 性别：男 年龄：1岁
病种：急性淋巴细胞性白血病治疗医院：广州市妇女儿童医疗中心

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元（大写：人民币叁万元整），将作为柳 的治疗费用。

受助人（监护人）：周

电 话

见证人（记者/志愿者/捐赠方代表等）：

电 话：

经办人：林佳韵

电 话：1892452214

日 期：2016年3月3日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名：柳 性别：男 年龄：11月 科别：珠-血液肿瘤科1组 床号 住院号

诊断：1. 急性淋巴细胞性白血病(T细胞型, ETP) 2. 脓毒血症 3. 肺炎(流感病毒感染) 4. 胃肠功能紊乱

医嘱及建议：患儿于2025. 12. 06至2026. 01. 27在我院住院治疗。

医师签名：

日期：2026年01月27日 10:00:58



- 注：1、未经盖章，签字无效。
2、涂改无效。
3、只作疾病证明，不得作其它证明使用。

